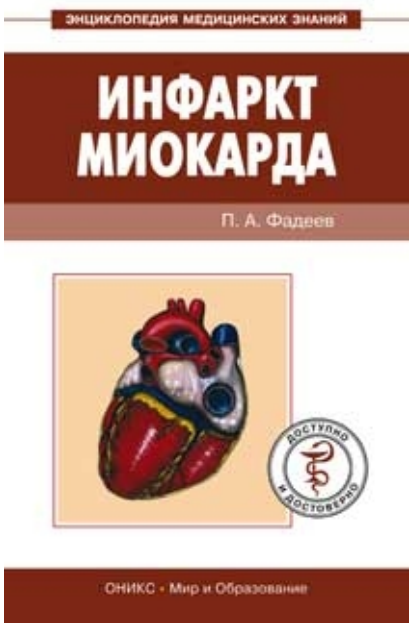
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ
ИНФАРКТ МИОКАРДА
П. А. Фадеев
ДОСТУПНО И ДОСТОВЕРНО
ОНИКС • Мир и Образование

Павел Александрович Фадеев

Инфаркт миокарда. Доступно и достоверно

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=333432
Павел Фадеев. Инфаркт миокарда: Оникс. Мир и Образование; Москва; 2007
ISBN 978-5-488-00946-2, 978-5-94666-385-4

Аннотация

В книге в доступной форме изложены все основные вопросы, связанные с самым массовым заболеванием человечества – инфарктом миокарда. Читатель узнает, что такое инфаркт миокарда и почему он возникает; как отличить инфаркт миокарда от других заболеваний; как оказать первую помощь при инфаркте; чем опасен инфаркт; каковы современные способы лечения; как жить после инфаркта.

Здесь содержатся самые достоверные и современные сведения, соответствующие авторитетным рекомендациям зарубежных и отечественных кардиологических ассоциаций и проверенные многолетним опытом автора – врача, лечащего это заболевание.

Содержание

Слово к читателю 5
ПОНЯТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 6
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИМ 7
МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ИМ 10
КЛАССИФИКАЦИЯ ИМ 11
ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ИМ 12
ИНФАРКТ МИОКАРДА В ЦИФРАХ 14
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ИМ 15
Клиническая картина ИМ 16
Типичная (болевая) форма ИМ 17
1. Локализация болей 17
2. Характер болей 17
3. Распространение болей 17
4. Интенсивность болей 17
5. Длительность болей 17
6. Обстоятельства, способствующие возникновению ИМ 18
7. Обстоятельства, при которых боли облегчаются 19
8. Обстоятельства, повышающие точность диагноза ИМ 19
9. Симптомы, сопровождающие болевой приступ при ИМ 19
Атипичные формы ИМ 20
ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА 21
Электрокардиография 21
УЗИ 23
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА 24
Биохимические маркеры 24
Клинический анализ крови – лейкоциты, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 25
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ИЛИ КАК ОТЛИЧИТЬ ИМ ОТ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 26
Предостережение 27
Заболевания, при которых боли усиливаются при кашле и дыхании 29
Тромбоэмболия легочной артерии 29
Пневмоторакс 30
Перикардит 31
Конец ознакомительного фрагмента. 33

Павел Фадеев
Инфаркт миокарда

Автор не несет ответственности за возможные нежелательные последствия в случае применения лекарственных средств без назначения врача.

Слово к читателю

Если вы взяли в руки эту книгу, значит, забота о здоровье для вас не праздный вопрос. Вполне возможно, что такие слова, как инфаркт миокарда, атеросклероз, холестерин, боли в сердце, гипертония, ожирение уже появились в вашем лексиконе. Если вы хотите узнать больше о самом массовом заболевании человечества – эта книга для вас. В ней в доступной форме изложены все основные вопросы, связанные с инфарктом миокарда. Из этой книги вы узнаете:

– что такое инфаркт миокарда и почему он возникает;

– как отличить инфаркт миокарда от других заболеваний;

– как оказать первую помощь при инфаркте, а при необходимости провести реанимационные мероприятия;

– чем опасен инфаркт и какие осложнения он вызывает;

– каковы современные способы лечения инфаркта;

– как жить после инфаркта (каковы способы возвращения к работе, какие физические нагрузки возможны, как правильно питаться и т. д.);

– что необходимо делать, чтобы инфаркт не повторился.

Вы узнаете также, о чем не пишут в медицинских книгах.

Даже тем, кто считает себя абсолютно здоровым, эта книга может пригодиться: вы узнаете, какие причины могут привести к появлению инфаркта, следовательно, вы сможете предвидеть возникновение этого заболевания и своевременно предпринять действия, чтобы его избежать.

Эта книга будет полезна и врачам, которые, не имея достаточного количества времени для того, чтобы объяснить все подробности, связанные с инфарктом, могут порекомендовать ее своим пациентам и их родственникам.

Здесь содержатся достоверные и современные сведения, соответствующие авторитетным рекомендациям зарубежных и отечественных кардиологических ассоциаций и проверенные многолетним опытом автора – врача, лечащего это заболевание.

Книгу не обязательно читать от корки до корки – ее можно использовать как справочник.

Автор будет признателен за любые замечания и пожелания, присланные по электронной почте:

mir-obrazovanie@onyx.ru, p.a.fadeev@mail.ru.

ПОНЯТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Инфаркт миокарда (ИМ) – это омертвение (*инфаркт*) участка мышцы сердца (*миокарда*) в результате острого несоответствия сердечного кровотока потребностям сердца. Как река ниже по течению мелеет, когда плотина перекрывает ее русло, и все живое гибнет, так и участок сердца мертвеет, когда прекращается кровоток в сосуде, который питает этот участок.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИМ

Что ни болит – все к сердцу валит.
Русская пословица

По современным представлениям инфаркт миокарда является мультифакторным заболеванием. Это значит, что нельзя выделить только одну причину, вызывающую это заболевание. Поэтому выделяют так называемые факторы риска – причины, которые могут привести к развитию заболевания, особенно если они действуют в совокупности и длительное время.

Согласно современным научным данным, главными факторами риска развития инфаркта миокарда являются следующие:

• Возраст:

– мужчины после 40 лет;

– женщины после 50 лет или с ранней менопаузой.

• Стенокардия, инфаркт или внезапная смерть у кровных родственников:

– у мужчин в возрасте до 55 лет;

– у женщин – до 65 лет.

• Курение (в том числе пассивное, т. е. длительное и частое нахождение некурящих лиц в накуренном помещении).

• Ожирение.

Определить, избыточен ли вес, можно по формуле Кетле, согласно которой рассчитывается *индекс массы тела* (ИМТ): массу тела (в килограммах) нужно разделить на рост (в метрах) в квадрате.

Норма – от 19 до 24; менее 19 – дефицит веса; от 25 до 29 – избыток; от 30 до 40 – ожирение; более 40 – резкое ожирение.

Можно определить ожирение и по размерам талии. Ожирением считается, если талия у женщин не менее 88 см, у мужчин – не менее 102 см.

• Пониженная физическая активность.

• Повышенное содержание холестерина в крови.

• Повышенное артериальное давление (АД) (от 140/90 мм рт. ст. и выше) либо нормальное, но только при приеме лекарственных препаратов.

• Сахарный диабет: повышает риск развития ИМ (по данным разных авторов) в 1,5–10 раз у женщин и в 1,2–2 раза у мужчин.

• Неудовлетворенность жизнью и трудность межличностного общения.

• Постоянное аффективное напряжение с полным отсутствием релаксации.

Слово affectus традиционно переводится с латинского языка как переживание, душевное волнение, страсть. В психологии оно означает эмоциональное волнение, беспокойство. Другие значения этого слова менее известны, но точнее отражают суть определяемых ИМ психологических проблем: обремененный, отягощенный, удрученный, пораженный, ослабленный, пошатнувшийся, нарушенный, пострадавший, кончающийся, идущий к концу, находящийся на исходе.

• Поведенческая предрасположенность.

Поведение типа А увеличивает вероятность заболевания первым ИМ в 2 раза, повторным в 5 раз. Внезапная смерть у лиц с таким типом поведения встречается в 6 раз чаще.

Характерные черты поведения типа А[1].

[1] При описании определений используется мужской род только для удобства изложения. Такие черты могут быть при-

Отношение к другим (межличностное общение):

– потребность в одобрении;

– эмоциональность;

– раздражительность;

– агрессивность;

– воинственность;

– конфликтность;

– враждебность;

– гневливость;

– амбициозность;

– стремление быть лидером;

– склонность к соперничеству;

– ощущение постоянной необходимости подтверждать свою значимость в обществе;

– убежденность, что окружающие настроены к нему враждебно.

Отношение к себе:

– импульсивность;

– беспокойство;

– обостренное чувство ответственности;

– деятельность «на износ» при максимальном напряжении своих душевных и физических сил;

– чрезмерная энергичность;

– повышенный уровень претензий;

– неспособность понизить активность;

– неумение отдыхать.

Отношение ко времени:

– нетерпеливость;

– стремление все успеть;

– желание идти в ногу со временем, интенсифицируя свою работу;

– отчаянное ощущение нехватки времени;

– торопливость;

– желание в кратчайшее время сделать как можно больше и добиться максимальных результатов.

Отношение к судьбе:

– уверен, что необходимо бросать вызов судьбе;

– считает, что именно он является вершителем своей судьбы и судеб других людей;

– убежден, что все, что происходит или должно происходить, зависит от его усилий, воли.

Отношение к религии:

– языческое;

– атеистическое.

По способу и степени проявления эмоций в поведении типа А различают три подвида:

1) редко выходит из себя, но когда разойдется, долго не может успокоиться («штиль – цунами»);

2) внешне спокойный, но внутри бушуют страсти («штиль снаружи – девятый вал внутри»);

3) эмоции не сдерживает и в тот же миг обрушивает их на окружающих («буря внутри – буря снаружи»).

сущи и женщинам.

Поведение типа А более присуще лицам с темпераментом *холерика*. Его описаний существует множество. Самое, пожалуй, образное принадлежит Арнольду из Вилланoвы, великому врачу Средневековья, который дал описание людей разных темпераментов в Салернском кодексе здоровья (1480 г.):

«Желчь существует – она необузданным свойственна людям,
Всех и во всем превзойти человек подобный стремится;
Много он ест, превосходно растет и легко восприимчив,
Великодушен и щедр, неизменно стремится к вершинам;
Вечно взъерошен, лукав, раздражителен, смел и несдержан,
Строен и хитрости полон, сухой он и с ликом шафранным».

Поведение типа Б характеризуется противоположными чертами – спокойствие, уверенность в себе, неторопливость, умение чередовать труд и полноценный отдых, удовлетворенность существующим положением, отсутствие напряжения. Этому типу более соответствуют *сангвиники*:

«Каждый сангвиник всегда весельчак и шутник по натуре,
Падкий до всякой молвы и внимать неустанно готовый,
Вакх и Венера – услада ему, и еда, и веселье;
С ними он радости полон, и речь его сладостно льется.
Склонностью он обладает к наукам любым и способен.
Чтоб ни случилось, – но он нелегко распаляется гневом.
Влюбчивый, щедрый, веселый, смеющийся, румянолицый,
Любящий песни, мясистый, поистине смелый и добрый».

Существует и **поведение типа С**, которым отличаются люди робкие, скованные, находящиеся в постоянном ожидании неприятностей и ударов судьбы, – *меланхолики*:

«Только про черную желчь мы еще ничего не сказали;
Странных людей порождает она, молчаливых и мрачных.
Тверды в намереньях, но лишь опасностей ждут отовсюду.
Жадны, печальны, их зависть грызет, своего не упустят,
Робки, не чужд им обман, а лицо их землистого цвета».

В современном обществе, для которого характерны урбанизация, индустриализация, высокие технологии и информатизация, этот постоянно нарастающий ритм жизни максимально благоприятствует повсеместному распространению поведения типа А. Даже лица, по темпераменту не склонные к такому поведению, стремятся не быть «белой вороной» и волей-неволей копируют этот стиль поведения.

Общество навязывает стереотип личности с поведением типа А как наиболее «успешной» и «удачливой», как «счастливой» и «состоявшейся».

Поэтому этот стиль поведения распространяется, как эпидемия, – люди хотят не только быть счастливыми, а обязательно счастливыми «как все».

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ИМ

ИМ возникает в результате несоответствия кровотока в сосудах, измененных атеросклерозом, запросам миокарда.

Главную роль в этом играют три взаимосвязанных процесса: разрыв атеросклеротической бляшки, наслоение кровяного сгустка (тромба) на такую бляшку и сосудистый спазм.

Резкий подъем артериального давления и (или) ускорение биения сердца, активация симпатоадреналовой системы[2] ведут к усилению сердечного кровотока и спазму сердечных сосудов. Сила, с которой кровь давит на стенки сосудов, проходя по ним, многократно возрастает. Если бляшка не выдерживает этого гидродинамического удара, она разрывается. Кровь на это событие реагирует увеличением свертываемости, что приводит к образованию тромба в месте разрыва бляшки, а пораженный сосуд спазмируется. Возникает закупорка сосуда. Весь участок мышцы сердца, который кровеснабжался пострадавшим сосудом, погибает.

Чаще всего не выдерживают удара так называемые нестабильные «молодые» бляшки. В их состав входит большое количество жиров, а ядро имеет наибольший тромбогенный потенциал. Уязвимость бляшки не коррелирует ни с величиной сосуда, ни со степенью его сужения. Это объясняет тот факт, что в 65 % случаев ИМ закупорка сосуда возникает, когда бляшка занимает не более 50 % просвета сосуда, в 20 % сужение составляет 50–70 % и только в 15 % – более 70 %.

Вот почему ИМ возникает часто внезапно, особенно у молодых, без каких-либо симтомов-предвестников. В настоящее время отличить нестабильную бляшку от стабильной чрезвычайно затруднительно.

Процесс заживления (стабилизации) разорванной бляшки заключается в прорастании образовавшегося конгломерата соединительной тканью. По времени этот процесс занимает около двух месяцев. На протяжении всего этого периода в большинстве (до 70 %) случаев сохраняются признаки нестабильности бляшки.

[2] Проще говоря, стресс.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИМ

Для определения объема лекарственной терапии и оценки прогноза важное значение имеют клиническое течение и степень поражения сердечной мышцы.

По ***клиническому течению*** возможны два варианта ИМ: осложненный и неосложненный.

Степень поражения характеризуется локализацией и глубиной.

Как правило, ИМ поражает стенки левого желудочка сердца, поэтому если говорят об инфаркте, то обычно речь идет именно об этом отделе.

Локализация описывается по названиям стенок левого желудочка: передний, задний, боковой, перегородочный ИМ и их комбинации[3]. Бывают инфаркты правого желудочка и даже предсердий, но они, как правило, встречаются редко и всегда сопровождаются поражением левого желудочка.

Глубина поражения описывается с применением электрокардиографических терминов.

Электрокардиограмма (ЭКГ) представляет собой определенного вида кривую, и каждый из зубцов обозначается латинской буквой и несет информацию об определенных процессах в миокарде. Зубец Q отражает степень поражения (некротизации) сердечной стенки. В тех случаях, когда ИМ затрагивает более 50 % толщины мышечной стенки сердца, зубец Q становится большим, и тогда ИМ называют Q-позитивным[4]. Если поражение неглубокое, то зубец Q отсутствует или очень маленький. Такой ИМ называют Q-негативным[5].

Даже самый небольшой Q-негативный ИМ может нести в себе высокий риск осложнений и повторного инфаркта. В англоязычной литературе Q– негативный ИМ порой называют более определенно – «незавершенный инфаркт», тем самым подчеркивая возможность дальнейшего углубления поражения.

Таким образом, существуют три классификации ИМ:

– *по клиническому течению* – осложненный и неосложненный;

– *по локализации* – передний, задний, боковой, перегородочный и их комбинации с вовлечением других отделов сердца (например, правого желудочка);

– *по глубине поражения* – Q-позитивный и Q-негативный.

Важно знать!!!

Любой ИМ опасен для жизни. Имеет значение факт произошедшего события, а уж потом – масштаб поражения инфарктом.

---

[3] В этих случаях говорят, например, «передний с вовлечением боковых отделов ИМ».

[4] Ранее назывался трансмуральным (затрагивающий все слои миокарда) или крупноочаговым (затрагивающий большую часть стенки сердца).

[5] Ранее назывался мелкоочаговым (затрагивающий меньшую часть стенки сердца).

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ИМ

1827 г. – Ж. Крювельер впервые описал патологоанатомические признаки ИМ.

1878 г. – А. Хаммером поставлен первый прижизненный диагноз.

1883–1891 гг. – Ф. Ф. Меринг (1883), Е. Лейден (1884), Г. Куршманн (1891) осуществили единичные случаи прижизненной диагностики.

1909 г. 19 декабря – В. П. Образцов и Н. Д. Стражеско сделали доклад «К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца» на I съезде российских терапевтов в Москве. Материалом для доклада послужили наблюдения авторов, сделанные в 1899–1908 гг. над тремя больными.

Учеными впервые было дано развернутое описание клинической картины ИМ, что значительно расширило возможности врачей диагностировать ИМ при жизни. Прений и обсуждения доклада не было. Вероятно, современников не заинтересовала данная тема ввиду большой редкости заболевания.

1911 г. – Х. Хохгаус публикует в журнале «Deutsche medizinische Wochenschrift» наблюдения, в которых, основываясь на описанной В. П. Образцовым и Н. Д. Стражеско симптоматологии, поставил прижизненный диагноз ИМ у четырех больных.

1912 г. – Дж. Херрик в своей газете описал случаи прижизненной диагностики ИМ. Предложил постельный режим в качестве лечебного средства. Публикация была полностью проигнорирована современниками, о чем писал сам Дж. Херрик в своих воспоминаниях.

1918 г. – Дж. Херрик и Ф. Смит дали описание ЭКГ-признаков при экспериментальном ИМ.

1920 г. – Г. Парди описал ЭКГ-признаки ИМ в клинической практике.

1923 г. – Дж. Верн описал клинико-патологоанатомические параллели у 19 пациентов с ИМ.

1928 г. – Дж. Паркинсон и Г. Бэдфорд подвели итоги своих исследований у 100 пациентов с ИМ в журнале «Lancet» – самом известном и авторитетном медицинском издании Великобритании.

1929 г. – С. Левайн описал группу из 145 своих пациентов с острым ИМ в первой книге, полностью посвященной этой проблеме. Он выяснил частоту и риск осложнений, возникающих вследствие различных аритмий, предложил медсестрам внимательно следить за частотой и ритмом сердца. При использовании стетоскопа они могли быстрее диагностировать аритмии и начинать их лечение в отсутствие врача. Это было исключительно важное предложение, которое предвосхитило создание отделений интенсивной терапии в будущем.

1929 г. – ИМ «узаконен» как причина гибели пациентов в «Международной классификации причин смерти».

1931 г. – П. Уайт констатирует: «Специфического лечения (ИМ – *авт.*) не существует – постельный режим должен быть назначен на протяжении нескольких недель или месяцев». Летальность в эти годы составляла 40 %.

1932 г. – Ч. Волфкрат и Ф. Вуд предложили использовать систему дополнительных отведений ЭКГ, что улучшило диагностику ИМ и, соответственно, значительно увеличило количество зарегистрированных ИМ.

1944 г. – У. Док в статье «Злые последствия полного постельного покоя» делает вывод: «Врачи должны всегда учитывать, что полный постельный покой является глубоко антифизиологичной и определенно опасной формой лечения».

30–40-е гг. – проходили дискуссии по поводу двигательного режима, сроков выписки и реабилитации.

50-е гг. – становится очевидным, что ИМ является самой распространенной патологией во всем мире.

Как признавал впоследствии один из ведущих кардиологов мира Е. Браунвальд, «лечебные воздействия, разработанные в первой половине XX в., не принесли большую пользу пациентам. Однако, установив диагностический критерий и открыв происхождение этого состояния, врачи-исследователи заложили основу для улучшений в будущем».

1952 г. – С. Левайн и Г. Лоун предложили «сидячее лечение» ИМ. На то время это была революционная идея, вызвавшая большие споры.

Конец 50-х – начало 60-х гг. – разработаны методики коронарографии и сердечно-легочной реанимации, дефибрилляции (М. Соунс, У. Коунховен, П. Золл, В. Неговский). Это позволило улучшить прижизненную диагностику степени поражения мышцы сердца и увеличить выживаемость за счет проведения реанимационных мероприятий.

1958 г. – сообщение А. Флетчера и соавторов о первом применении стрептокиназы с целью растворения тромба и уменьшения зоны поражения при ИМ.

1961 г. 16 июля – Д. Юлианом в газете Торакального Научного общества Великобритании предложена концепция отделения интенсивной терапии. Его статья начиналась так: «Все палаты, принимающие пациентов с острым инфарктом миокарда, должны иметь систему, где звуковой сигнал извещает об изменениях сердечных ритмов и автоматически записывает это на ЭКГ. …обеспечение не будет дорогим, если эти пациенты будут приняты в отделение интенсивной терапии. В этих отделениях должны работать круглосуточно опытные врачи». Это было принципиальным шагом в лечении ИМ и позволило сократить смертность в 2 раза (с 30 до 15 %), главным образом за счет своевременного лечения жизнеугрожающих аритмий.

1960–80-е гг. – начало выработки современных стратегий лечения ИМ, внедрения новых лекарственных препаратов для ограничения зоны поражения сердечной мышцы, предупреждения и лечения осложнений.

1980 г. – М. Де Вуд и соавторы доказали, что в основе возникновения ИМ лежит острая закупорка тромботическими массами коронарной артерии. Это дало старт для повсеместного внедрения тромболитической терапии.

Начало 80-х гг. – парламент Италии принял решение о проведении первого широкомасштабного изучения влияния тромболитической терапии на выживаемость пациентов в зависимости от времени начала лечения. Всего в исследование было включено более 12 тыс. пациентов. Полученные данные позволили рекомендовать тромболитическую терапию для повсеместного внедрения. До этого она не имела широкого распространения.

80-е гг. – начало исследований, основанных на принципах доказательной медицины (см. с. 74). Снижение летальности: в Англии – на 22 %, в Австрии и Японии – на 32 %, в США – на 37 %.

90-е гг. – начало XXI в. – начало внедрения догоспитального тромболизиса и чрезкожного коронарного вмешательства, что снизило летальность до 3,3–6,7 %.

Перспективы – поиск принципиально новых методик лечения, например введение стволовых клеток в сосудистое русло. Эти клетки, попадая в зону, пораженную некрозом, модифицируются в сердечные клетки. Происходит замещение погибших клеток с полным восстановлением работоспособности миокарда.

Наметилась стойкая тенденция к снижению остроты проблемы ИМ в цивилизованных странах, чего нельзя сказать о странах бывшего СССР, например России, но подробнее об этом – в следующем разделе.

ИНФАРКТ МИОКАРДА В ЦИФРАХ

Сухие цифры привлекают внимание и поражают воображение сильнее, чем водопады эмоциональных фраз. Эти цифры приводятся не для запугивания, а для осознания важности проблемы, но более всего с той целью, чтобы были предприняты меры по профилактике ИМ, еще не наступившего.

Смертность от ИМ с 1990 по 2020-е гг. увеличится в 2 раза, и до 82 % этого увеличения придется на долю развивающихся стран. «То, что сейчас происходит в развивающихся странах, повторяет ситуацию в развитых странах первой половины XX века», – поясняют канадские ученые К. Окрейнек и ее коллеги (Университет Макгилл, Квебек, Канада), сделавшие соответствующие подсчеты. К этим «развивающимся» странам относятся и все страны бывшего СССР.

Профессор Лозаннского университета Фабио Леви и его коллеги обработали данные Всемирной организации охраны здоровья (ВООЗ) по 34 странам мира и сделали вывод: Россия занимает первое место в Европе по уровню смертности в результате сердечно-сосудистых заболеваний. А со временем, возможно, станет лидером и в мировом масштабе. Результаты исследования показывают, что в Западной Европе за последние 25 лет уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний понизился в среднем на 32 %. В России же этот показатель увеличился и более чем втрое превышает среднеевропейский.

Общий показатель смертности в России за период с 1999 г. по 2004 г. увеличился на 16 %. Такие данные содержатся в материалах парламентских слушаний, посвященных приоритетному национальному проекту «Здоровье». Как сообщается в материалах, число россиян за последнее десятилетие уменьшилось почти на 9 млн человек. Ежегодно в России признаются инвалидами более 1,1 млн человек, при этом основной причиной первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста являются болезни сердечно-сосудистой системы (48 %).

Экономический ущерб от инфарктов миокарда и инсультов в России составляет ежегодно 30 млрд руб.

По данным Министерства здравоохранения и Госкомстата РФ, 10 000 москвичей ежегодно умирают от инфаркта миокарда.

В 2003 г. болезни системы кровообращения стали причиной смерти 1 млн 211,1 тыс. россиян, что составляет 56,1 % от общего числа умерших в РФ.

По данным самого авторитетного российского кардиолога академика Е. И. Чазова, в 2004 г. в России умерли 1 млн 280 тыс. больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Он с горечью констатирует, что государство мало уделяет внимания этой проблеме.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ИМ

Qui bene diagnostit – bene curat[6].
Латинская пословица

Подобно мифологическому представлению, что Земля покоится на трех китах, диагноз ИМ зиждется на трех критериях, установленных ВООЗ:

1) типичная клиническая картина;
2) характерные изменения на ЭКГ;
3) диагностически значимые изменения уровня биохимических маркеров.

Но в отличие от мифологии, для того чтобы поставить диагноз ИМ, достаточно совпадения двух критериев из трех.

[6] Кто хорошо диагностирует – тот хорошо лечит.

Клиническая картина ИМ

Самым частым проявлением ИМ является боль в области грудной клетки. Она встречается часто – от 70 до 98 % случаев. Поэтому такую клиническую картину относят к *типичной (болевой)* форме ИМ. Кроме того, ИМ может проявляться одышкой, аритмией, обмороками. Боли могут быть не в грудной клетке, а в животе. В этих случаях говорят об *атипичной форме.* Признаки типичной и атипичной форм могут сочетаться, и в этом случае такая форма называется *комбинированной.* И наконец, существует *безболевая форма,* когда признаки инфаркта находят случайно при регистрации ЭКГ или при ультразвуковом исследовании. Такая форма ИМ встречается в 10–20 % случаев.

Типичная (болевая) форма ИМ

Боль – сторожевой пес здоровья.
Древнегреческое изречение

1. Локализация болей

Обычно боли ощущаются за грудиной, в верхней или средней части.

Варианты:

– в нижней трети грудины;

– в области сердца.

Этот так называемый *загрудинный* вариант встречается в 50 % случаев.

Боль может локализоваться не за грудиной, а в зонах распространения, а именно: левая лопатка, левая рука, кисть, предплечье, локтевой сустав, плечевой сустав, верхнегрудной отдел позвоночника, нижняя челюсть, зубы, уши, глотка, гортань. Это – *периферический вариант*; встречается в 25 % случаев.

Боли могут быть сосредоточены только в этих зонах и оттуда распространяться в левую половину грудной клетки.

2. Характер болей

Различают такие боли, как давящая, сжимающая, жгучая (ее можно спутать с изжогой), разрывающая, стягивающая, реже – сверлящая, тянущая.

3. Распространение болей

Перечисление дано по частоте встречаемости в порядке убывания: в левую руку вплоть до кисти (может отдавать только в запястье и пальцы без ощущения в других местах руки); в левое плечо; в левую половину шеи; под левую лопатку; между лопатками; в нижнюю челюсть; в левую половину головы (в том числе зубы, язык, ухо); в правую руку и кисть; в подложечную область; в правое подреберье; в обе руки. Чем интенсивнее боль, тем чаще она распространяется в другие области. Распространяющаяся боль может быть похожа на боль за грудиной или давать ощущение онемения, слабости, холода.

4. Интенсивность болей

Интенсивность болей может быть различной.

Боли могут быть исключительно интенсивными.

Боль может нарастать, а затем угасать, т. е. быть волнообразной.

Боли могут быть незначительными либо отсутствовать – это бывает чаще у пожилых людей или при повторных инфарктах, сахарном диабете.

5. Длительность болей

Боль может длиться не менее 20 мин, а может сохраняться несколько часов и даже суток. Такая боль не проходит после приема нескольких таблеток нитроглицерина.

Иногда боли длятся менее 20 мин, проходят после приема нитроглицерина, но затем через короткий промежуток времени возобновляются с прежней интенсивностью.

6. Обстоятельства, способствующие возникновению ИМ

Любые физические усилия. Боль возникает во время физических нагрузок – от тяжелых до незначительных: подъем по лестнице, ходьба по ровной местности (в последнем случае важно не только расстояние, но и скорость); утром – застилание постели, бритье, душ, дефекация (особенно при сильном натуживании).

Физическая нагрузка, хорошо переносимая в теплом помещении, на холоде может вызвать приступ.

• Психоэмоциональные стрессы, особенно внезапные. Вызвать приступ могут не только отрицательные, но и положительные эмоции. Приступ может начаться сразу или в ближайшие два часа после психоэмоционального стресса.

• После тяжелой физической нагрузки. У лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, вероятность развития ИМ после физической нагрузки в 5 раз больше, чем у лиц, ведущих активный образ жизни.

• Контраст «теплое-холодное» (выход из теплого помещения в холодное или на улицу, купание в холодной воде в жаркое время года, употребление сильно охлажденных напитков).

• Состояния, возникающие во сне, – ночью или рано утром (чаще всего – у курильщиков). Связь между сновидениями может быть двоякой: либо сновидения провоцируют сердечный приступ, либо кошмары порождаются болью, испытываемой во сне.

• Приступ часто возникает в первый час после утреннего пробуждения. Это объясняется биологическими ритмами организма. Утром, просыпаясь, человек должен быть готов к энергичным действиям, и поэтому между 4 и 6 часами утра наблюдается активизация всех органов и систем организма: повышается выброс гормонов и катехоламинов, повышаются артериальное давление и сердцебиение, увеличивается свертываемость крови[7].

• Наибольшее количество ИМ наблюдается в понедельник (недаром говорят: понедельник – день тяжелый). Естественно, это относится к лицам, которые в воскресенье не работают. Наименьшее количество инфарктов наблюдается в выходные дни.

Сезонное увеличение заболеваемости фиксируется в марте и ноябре.

• К условиям, провоцирующим ИМ, можно отнести холодную погоду. Особенно опасно снижение температуры на 10 и более градусов и колебания атмосферного давления более ±7,5 мм рт. ст. от среднесуточных для данного сезона.

• Приступы могут возникать:

– в момент смены положения тела из сидячего в лежачее;

– при приеме пищи (особенно обильном).

Исключительно опасно сочетание нескольких провоцирующих факторов, например:

– в марте или ноябре, утром в понедельник – быстрый завтрак, из теплого помещения – на холод, спешка за транспортом и последующий разнос от начальства за опоздание;

– различной степени психоэмоциональная и физическая нагрузка (в том числе и половой акт).

Боли могут возникать совершенно неожиданно и в состоянии покоя.

[7] Только длительный прием аспирина и β-блокаторов позволяет снизить вероятность утренних инфарктов у пациентов с ишемической болезнью сердца.

7. Обстоятельства, при которых боли облегчаются

Облегчить боли при ИМ может только квалифицированная скорая медицинская помощь, которую необходимо вызвать немедленно! Безграмотные действия смертельно опасны!

Об оказании первой доврачебной помощи см. раздел «Догоспитальный этап и первая помощь».

8. Обстоятельства, повышающие точность диагноза ИМ

Учитывая большое разнообразие проявлений ИМ, необходимо снимать ЭКГ регулярно после 35 лет при любом обращении к врачу. Если изменение самочувствия произошло при обстоятельствах, описанных в п. 6, то ЭКГ нужно снять обязательно! В первую очередь это касается пациентов, имеющих факторы риска, – атеросклеротические заболевания сосудов, стенокардию и ишемическую болезнь сердца (ИБС), перенесенный ИМ, а также пожилой или старческий возраст.

Точность диагноза существенно повышается в следующих случаях:

• ранее имели место приступы стенокардии;

• накануне отмечались признаки приближающегося инфаркта, а именно: наблюдалась тенденция к увеличению частоты, интенсивности и продолжительности приступов стенокардии; для появления приступа было достаточно меньших, чем обычно, физических и психических нагрузок; отмечалось уменьшение или отсутствие эффективности нитроглицерина при купировании приступа;

• имеют место факторы риска ИБС и ИМ;

• имеет место сочетание типичных болей длительностью более 20 мин с бледностью, холодным липким потом, падением артериального давления, похолоданием конечностей.

Важно знать!!!

При сочетании описанной типичной картины болей хотя бы с одним фактором риска точность диагноза на догоспитальном этапе составляет 100 %!

9. Симптомы, сопровождающие болевой приступ при ИМ

Болевой приступ может сопровождаться тошнотой, рвотой, вздутием живота, поносом, а также чувством страха, возбуждением, беспокойством, общей слабостью, потливостью, головокружением, слабостью в конечностях. Может учащаться или, наоборот, замедляться пульс, возникать аритмия, а также увеличиваться или уменьшаться артериальное давление (АД).

Пациенты порой при этом стонут, кричат, в постели ищут удобную позу, при которой боли уменьшаются.

Атипичные формы ИМ

Возникают при тех же условиях, что и типичные приступы.

1. *Астматический* (от *лат*. asthma – «одышка, затрудненное дыхание»). Чаще встречается у лиц пожилого возраста и при повторных ИМ. Проявляется одышкой в покое, удушьем различной интенсивности, кашлем с пенистой розовой мокротой. Может также предшествовать болям, возникать одновременно с болями различной интенсивности.

2. *Абдоминальный* (от *лат*. abdomen – «брюшная полость, живот»). Характеризуется болями в верхней половине живота, в подложечной области, правом подреберье. Сопровождается тошнотой, рвотой, вздутием живота.

3. *Аритмический* – как следует из названия, характеризуется изменением регулярного сердечного ритма, и (или) его резким замедлением или учащением.

4. *Церебральный* (от *лат*. cerebrum – «головной мозг»). Проявляется головокружением, тошнотой, рвотой, обмороками, потемнением в глазах, помрачением сознания. Может предшествовать появлению болей.

Атипичная форма ИМ чаще всего наблюдается в следующих случаях:

• после 60 лет (хотя возрастной барьер для болевых и атипичных форм не специфичен, но все же до 60 лет инфаркт, сопровождающийся болью, встречается чаще);

• при сопутствующем сахарном диабете;

• при повышенном артериальном давлении (гипертонической болезни);

• после перенесенного ИМ.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Электрокардиография

Второй кит точной диагностики ИМ

Электрокардиография – это методика графической регистрации электрических явлений в сердце, возникающих при его деятельности. Каждая клеточка сердца представляет собой электрический диполь (как батарейка – на одном конце «+», на другом «–»). Из всех клеток сердца складывается суммарный диполь. Он является векторной величиной, т. е. имеет определенные числовое значение и направление, которые в ходе работы сердца постоянно меняются. Электрокардиограф (по сути гальванометр) записывает эти изменения на плоскости ЭКГ-бумаги. Сигнал снимают с помощью электродов, которые закрепляются на теле. При снятии стандартной ЭКГ используют 12 отведений, т. е. на сердце как бы смотрят с 12 разных точек. Это дает возможность увидеть изменения во всех отделах левого желудочка, кроме базальных (верхних) отделов. Задняя стенка имеет два отдела – нижний и задний. Соответственно ее называют нижней (там, где она прижимается к диафрагме) и заднебазальной. Эта область левого желудочка, будучи глубоко упрятанной во внутренние органы, не видна на стандартной ЭКГ, поэтому снимают дополнительные отведения. При подозрении на ИМ правого желудочка снимают правые грудные отведения. При этом электроды располагают не с левой стороны грудной клетки, а с правой.

Сама ЭКГ представляет собой кривую с несколькими зубцами, лежащими выше и ниже срединной (изоэлектрической) линии. Зубцы обозначают латинскими буквами – P, Q, R, S, T, U. Каждый из них характеризует какое-либо состояние сердца.

Так, например, патологический зубец Q появляется при значительном омертвении сердечной мышцы.

Если ЭКГ не изменена, но есть подозрение на ИМ, необходимо снимать ЭКГ повторно каждые 15 мин. По возможности в кардиологическом отделении в этом случае проводят постоянное мониторирование не менее суток. ЭКГ позволяет определить масштаб (локализацию, глубину) поражения сердечной мышцы.

По ЭКГ можно судить о давности ИМ, различая следующие стадии:

– острейшая – до нескольких часов;

– острая – от нескольких часов до 2 недель;

– подострая – от 2 недель до 1,5–2 месяцев;

– рубцовая – более 2 месяцев.

Важно знать!!!

1. ЭКГ не является специфическим методом исследования, т. е. выявленные с ее помощью изменения не являются характерными только для ИМ, а отражают процессы нарушения электрической деятельности сердца.

2. Исключительную важность для постановки диагноза имеет сравнение последней ЭКГ с предыдущими записями, поэтому их никогда нельзя выбрасывать и необходимо всегда иметь под рукой (особенно лицам, перенесшим ИМ). При любом обращении к врачу (госпитализация, консультация и т. п.) пациент должен представить *все* ЭКГ, которые были сняты ранее, – это важное подспорье в правильной диагностике.

3. По одной только ЭКГ (без обследования пациента) нельзя диагностировать ИМ.

Историческая справка

1856 г. – немецкие ученые Р. Келликер и И. Мюллер открывают электрические явления в сокращающейся сердечной мышце.

1873 г. – сконструирован электрометр, позволивший регистрировать электрические сигналы с поверхности тела.

1889 г. – английский физиолог А. Уоллер получил запись электрической активности сердца человека.

1903 г. – нидерландский физиолог В. Эйтховен разработал конструкцию электрокардиографа, пригодную для клинической практики (весом 270 кг).

Его обслуживанием были заняты пять сотрудников. В. Эйтховен предложил три отведения ЭКГ.

1924 г. 24 октября – В. Эйтховен награжден Нобелевской премией по физиологии за разработку регистрации электрических сигналов сердечной мышцы.

20-е гг. – Гольдбергер предложил еще три отведения ЭКГ, назвав их усиленными.

30-е гг. – Вильсоном были предложены грудные отведения ЭКГ (с тех пор снимают 12 стандартных отведений ЭКГ).

УЗИ

Принцип ультразвукового исследования (УЗИ) – визуализация ультразвуковых волн, отраженных от различных внутренних структур организма и поглощенных ими. УЗИ не является обязательным для постановки диагноза в остром периоде, но необходимо в первые несколько часов при нетипичной ЭКГ и когда биохимические маркеры еще не изменены. УЗИ используется для дифференциальной диагностики, определения осложнений и прогноза. Такое исследование совершенно безвредно – 99,9 % времени ультразвуковой датчик функционирует в режиме приема и 0,1 % – в режиме излучения.

Историческая справка

XIX в. – открыты (раньше рентгеновского излучения) не различимые человеческим ухом звуковые волны чрезвычайно высокой частоты (свыше 20 000 Гц).

1937 г. – первый неудачный опыт медицинского применения ультразвука братьями Карлом и Фридрихом Дуссик (США). Они пытались получить изображения головного мозга, но это оказалось невозможным, поскольку кость плохо проницаема для ультразвука.

1956 г. – начало широкого внедрения ультразвукового исследования в медицинскую практику.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Третий кит точной диагностики ИМ

Биохимические маркеры

При ИМ целостность клеток нарушается, и в кровь выделяется их содержимое – в том числе молекулы, которые находятся в большом количестве только в клетках сердечной мышцы. К таким веществам относятся миоглобиновая фракция креатинфосфат-киназы, или сокращенно КФК-МВ[8], и тропонины. Поскольку они появляются в разное время, то важно определять содержание в крови их обоих.

Содержание в крови КФК-МВ начинает повышаться в первые 3–6 ч после ИМ, достигает пика через 12–24 ч и приходит в норму через 36–48 ч. Содержание тропонинов повышается через 3–12 ч после ИМ, достигает максимума через 12–48 ч и приходит в норму через 7–8 дней.

К сожалению, содержание КФК-МВ может повышаться и при заболеваниях иных органов, потому что она имеется в скелетных мышцах, тонком кишечнике, легких, диафрагме, матке, простате. Содержание же тропонинов возрастает при сердечной недостаточности, при гипертрофии миокарда на фоне гипертонической болезни, а также при любом повреждении клеток сердца (интоксикация, воспаление и др.).

Определять эти молекулы стали сравнительно недавно. Этот метод исследования значительно дороже, чем ЭКГ, но и более информативен.

В настоящее время появился тропониновый тест для определения ИМ в домашних условиях.

[8] Произносится как ка-эф-ка-эм-би.

Клинический анализ крови – лейкоциты, скорость оседания эритроцитов (СОЭ)

Лейкоциты повышаются в первые 2–4 дня после ИМ до 12–15•10^9/л и даже 20•10^9/л. Чем больше поражение миокарда, тем больше лейкоцитоз и тем хуже прогноз. СОЭ повышается на 5-е сутки вне зависимости от степени поражения сердечной мышцы и не влияет на прогноз.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ИЛИ КАК ОТЛИЧИТЬ ИМ ОТ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Боли в грудной клетке могут возникать не только в результате ИМ, но и других заболеваний. Поэтому очень важно при возникновении болевого синдрома определить его причину. Из этого раздела вы узнаете:

– что предпринять в первую очередь при болевом синдроме, когда и к кому нужно обратиться за медицинской помощью;

– какие опасности могут повлечь заболевания (этот пункт помечен значком

).

– как правильно, грамотно и полно изложить свои жалобы – ведь даже сейчас, в век техники, половину информации, необходимой для постановки диагноза, врач получает при расспросе пациента, поэтому беспорядочное и неполное изложение своих ощущений может привести к потере хорошо если только времени, а то и здоровья.

Все это позволит избежать многих трагедий.

В том, как пользоваться алгоритмом (см. приложение № 1) и этим разделом, помогут некоторые рекомендации.

Ознакомьтесь сначала с небольшим разделом «Предостережение» (см. ниже), а затем – с алгоритмом (приложение № 1) определения заболеваний. Спускаясь по «алгоритмическому древу», определите группу заболеваний, могущих иметь место в вашем случае. Ознакомьтесь с этой группой в соответствующих разделах и выясните, какое описание наиболее соответствует вашему состоянию. В п. 10 описания указано, что необходимо предпринять в первую очередь и к кому обратиться за помощью. При малейшем сомнении в диагнозе выбор должен быть сделан в пользу наиболее тяжкой болезни (они отмечены значком

).

Описание заболеваний дано по группам согласно алгоритму. В некоторых случаях могут быть полезными и две небольшие заметки, помещенные в конце этого раздела.

Предостережение

(Ознакомиться перед тем, как пользоваться алгоритмом.)

• Если вы:

– мужчина и вам 40 лет и более;

– женщина и вам 50 лет и более;

– женщина и вам менее 50 лет, но уже есть ранняя менопауза.

• Если ваши близкие (кровные родственники):

– больны стенокардией;

– перенесли инфаркт миокарда;

– внезапно умерли и причина неизвестна, особенно у мужчин в возрасте до 55 лет и у женщин – до 65 лет.

• Если вы:

– курите;

– не курите, но длительно и часто находитесь в накуренном помещении.

• Если у вас:

– повышенное артериальное давление (от 140/90 мм рт. ст. и выше) либо нормальное, но только при приеме лекарственных препаратов;

– сахарный диабет;

– повышенное содержание холестерина в крови;

– ожирение (избыточной масса тела считается при индексе более 30);

– пониженная физическая активность;

– частые психоэмоциональные стрессы.

В этих случаях к алгоритму ***НЕ*** обращайтесь, а сразу ознакомьтесь с разделом «Клиническая картина инфаркта миокарда».

• Если у вас имеется:

– варикозное расширение вен;

– воспаление вен на ногах;

– воспалительные заболевания органов таза;

– нарушение ритма сердца (мерцательная аритмия);

– травматическое повреждение ног и (или) таза;

– активный ревматизм, особенно при наличии митрального стеноза.

• Если вы:

– недавно перенесли операцию;

– находитесь на длительном постельном режиме (более трех дней);

– курящая женщина, принимаете противозачаточные таблетированные средства и страдаете повышенным артериальным давлением.

В этих случаях к алгоритму *НЕ* обращайтесь, а сразу ознакомьтесь с разделом «Тромбоэмболия легочной артерии».

• Если боли возникли примерно через 1–3 ч после приема пищи (в том числе алкоголь, жирная и жареная пища, копчености), то к алгоритму *НЕ* обращайтесь, а сразу ознакомьтесь с разделом «Холецистит».

• Если вам от 10 до 18 лет, то кроме заболевания, определенного с помощью алгоритма, ознакомьтесь с разделом «Пубертатное сердце».

• Если вы принимаете лекарственные препараты, то кроме заболевания, определенного с помощью алгоритма, ознакомьтесь с разделом «Заметка для принимающих лекарственные препараты».

• Если вы относитесь к прекрасному полу, то кроме заболевания, определенного с помощью алгоритма, ознакомьтесь с разделом «Небольшая заметка для женщин».

• Если возникновение болей непосредственно связано с медицинской манипуляцией (инъекции в область грудной клетки), ознакомьтесь с разделом «Пневмоторакс».

Прежде всего исключаются наиболее тяжкие заболевания – они отмечены значком

Заболевания, при которых боли усиливаются при кашле и дыхании

Тромбоэмболия легочной артерии

Закупорка кровяными сгустками сосудов, кровоснабжающих легкие.

1. Локализация болей
За грудиной, редко – в правом подреберье.

2. Распространение болей
Как правило, без распространения.
Боли за грудиной могут сочетаться с болью в правом подреберье.

3. Характер болей
Внезапная, острая, кинжальная.

4. Интенсивность болей
Резкая, интенсивная – при тяжелых случаях, умеренная – при легких.

5. Длительность болей
При тяжелых случаях боли и другие симптомы (см. п. 8) заболевания нарастают катастрофически быстро. При более легких случаях боли продолжаются от одной до нескольких недель, при этом острые проявления начального периода ослабевают.

6. Обстоятельства, при которых боли усиливаются
При дыхании и кашле.

7. Обстоятельства, при которых боли облегчаются
Только квалифицированная медицинская помощь.

8. Отличительные особенности болей
Боль сочетается с внезапной одышкой (увеличение вдохов более 20). Оба симптома возникают без видимых причин.

Достоверность диагноза многократно возрастает при наличии хотя бы одного фактора риска, а именно:
• варикозное расширение вен;
• воспаление вен на ногах;
• травматическое повреждение ног и (или) таза;
• недавно перенесенные операции;
• длительный постельный режим (более трех дней);

• если курящие женщины принимают противозачаточные таблетированные средства и страдают повышенным артериальным давлением;
• воспалительные заболевания органов таза;
• сахарный диабет;
• нарушение ритма сердца (мерцательная аритмия);
• активный ревматизм, особенно при наличии митрального стеноза.

9. Другие симптомы

Боли могут сопровождаться кровохарканьем (прожилки крови в мокроте), внезапным падением артериального давления, судорогами, потерей сознания, нарушением сердечного ритма, приступами одышки и учащением сердцебиения, повышением температуры, головокружением. Боли в правом подреберье могут сочетаться с рвотой, отрыжкой, горечью во рту.

10. Что предпринять

Немедленно вызвать «скорую помощь»! Дорога каждая секунда!

Закупорка кровяными сгустками сосудов, кровоснабжающих легкие, может привести к остановке дыхания.

Пневмоторакс

Между листками плевры (см. раздел «Плеврит») может попасть воздух. Это возможно при травме грудной клетки, инъекциях в область грудной клетки (например, лечебные блокады при заболеваниях позвоночника, мышечных болях), а также при некоторых заболеваниях легких (в том числе туберкулез, хронический бронхит, бронхиальная астма). В этих случаях в легких появляются полости или пузырьки, содержащие воздух (иногда это может никак не проявляться), и на фоне полного благополучия пузырьки или полости могут разорваться, что приведет к накоплению воздуха между листками плевры – это и есть *пневмоторакс.*

1. Локализация болей

На стороне поражения.

2. Распространение болей

Диффузное, на стороне поражения.

3. Характер болей

Внезапная резкая.

4. Интенсивность болей

Интенсивные или умеренные.

5. Длительность болей

Длительные.

6. Обстоятельства, при которых боли возникают

Непосредственная связь с медицинской манипуляцией (инъекции в область грудной клетки), травма, заболевания легких (боль возникает как при физической нагрузке, кашле, так и в состоянии покоя).

7. Обстоятельства, при которых боли облегчаются

Только квалифицированная медицинская помощь.

8. Отличительные особенности болей

Боль связана с дыханием.

9. Другие симптомы

Как правило, боль сочетается с чувством нехватки воздуха, одышкой, сухим кашлем, учащенным сердцебиением.

10. Что предпринять

Немедленно вызвать «скорую помощь»!

Внимание!

Опасность этого заболевания в том, что оно вызывает отток воздуха из легкого, и легкое сжимается, причем, чем больше проходит времени с момента возникновения симптомов, тем большая поверхность легких выключается из акта дыхания.

Перикардит

Воспаление оболочки, окружающей сердце.

Встречается как осложнение при инфекциях (грипп, воспаление легких, плеврит, скарлатина, корь и др.), туберкулезе легких, ревматизме, онкологических заболеваниях. Может возникнуть вследствие травмы сердца и после лучевой терапии.

1. Локализация болей

В области сердца, за грудиной, в подложечной области.

2. Распространение болей

Из области сердца – в подложечную область, в плечо, в оба плеча, в спину, в левую половину туловища.

3. Характер болей

Различен – острая, тупая, давящая, колющая.

4. Интенсивность болей

Различна – от слабой до сильно выраженной. Выраженные интенсивные боли могут сопровождаться ощущением сдавленности грудной клетки.

5. Длительность болей

Монотонные, длительные.

Появляются постепенно и нарастают в течение нескольких часов, держатся долго после прекращения усилия.

6. Обстоятельства, при которых боли усиливаются

При глубоком вдохе, кашле, чихании, при сгибании и поворотах туловища, в положении лежа на спине.

7. Обстоятельства, при которых боли облегчаются

В некоторых случаях – в положении сидя, наклонившись вперед, лежа на животе.

8. Отличительные особенности болей

Боль связана с движением и положением туловища.

9. Другие симптомы

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.